LA SALUD, ¿ES UN BIEN PÚBLICO O UN BIEN DE MERCADO?

*La **RAM** brinda este espacio como un acto de esperanza, porque confiamos en que los equipos de salud podemos comenzar cambios que vayan transformando la sociedad.*

En un período marcado por una pandemia muy cercana y por la posibilidad de enfrentar otras en un futuro próximo, el debate sobre el cuidado de la salud debería ocupar una posición central en el ámbito público. En este contexto, uno de los puntos fundamentales que subyacen en estas discusiones es si la salud debe regirse por las reglas del mercado o si debe ser concebida como un bien público.
Antes de meternos de lleno en este debate, es importante aclarar que, desde una perspectiva de desarrollo, ya hace mucho se ha saldado la discusión acerca de que la salud no debe considerarse un gasto sino una inversión. Las externalidades positivas de la salud hacen que deba ser considerada no sólo por su efecto sobre los individuos en particular, sino por su impacto sobre la sociedad en general y, por lo tanto, sobre las posibilidades productivas de un país (1).
Para continuar con el desarrollo de este artículo, considero que es importante primero explicar cuáles son las características distintivas de los bienes de mercado y los bienes públicos, ya que son dos categorías económicas que presentan diferencias fundamentales (2). Para eso a continuación detallo algunas de las principales características de cada una de ellas.
Las principales características de los **bienes de mercado** son las siguientes:

- Rivalidad en el consumo: la naturaleza de los bienes de mercado implica que el consumo por parte de un individuo reduce la cantidad disponible para otros.
- Exclusión: es factible excluir a quienes no pagan por el bien del consumo de dicho bien.
- Exigibilidad: un bien de mercado puede ser considerado como propiedad privada y por lo tanto puede contar con protección legal que permite restringir el acceso a este.
- Determinación del precio: se basa en la oferta y la demanda en el mercado, lo cual, en el caso específico de la salud, al ser un mercado asimétrico tiene un impacto específicamente negativo.

Las principales características de los **bienes públicos** se detallan a continuación:

- No rivalidad en el consumo: en contraste, en los bienes públicos el consumo de un individuo no disminuye la cantidad disponible para otros.
- No exclusión: cuando un bien es considerado público, es más complicado excluir a personas que no pagan por el bien.
- No exigibilidad: al no considerarse propiedad privada, el bien no puede ser protegido y por lo tanto no se puede restringir su acceso.
- Financiamiento público: estos bienes suelen financiarse a través de impuestos y son proporcionados por el sector público.
- Intervención del gobierno: a menudo, la provisión de bienes públicos requiere intervención gubernamental debido a la ausencia de incentivos de mercado.

Veamos ahora otras dimensiones que, en el campo de la salud, deben ser tenidas en cuenta para abordar esta discusión con fundamentos.
Durante más de un siglo, la evidencia científica ha establecido de manera convincente la intrincada relación entre la salud y su proceso de determinación. Este proceso está marcado por factores que exceden a las personas individuales ya que abarcan condiciones materiales de vida, el medio ambiente, las dinámicas de las relaciones sociales, las formas de gobierno y las políticas públicas. En este extenso período, las investigaciones mostraron que la salud no surge de manera aislada ni por esfuerzos individuales, sino que es el resultado de un proceso social complejo que afecta de manera diferencial a las poblaciones según su lugar de nacimiento. Estas investigaciones también pusieron de manifiesto que los servicios de salud no actúan como una solución única y definitiva, sino más bien como herramientas para mitigar las consecuencias de este complejo proceso social (3-13). Esta afectación diferencial a las distintas poblaciones, marcadas por su lugar de nacimiento y por factores externos a sus posibilidades de intervención, genera una deuda social de los grupos más privilegiados hacia las poblaciones que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad. A esto se agrega que, cuando la salud es considerada un bien de mercado, los grupos con recursos limitados, por su limitado poder de compra, acceden a servicios de atención médica de menor calidad. Y así aumentan las desigualdades de salud (14,15). Lo dicho hasta aquí, apoyado en la evidencia científica, muestra cómo considerar la salud como un bien de mercado no sólo contradice el concepto ampliamente aceptado de que la salud es un derecho humano fundamental, sino que también perpetúa e incrementa las desigualdades y, por lo tanto,

la deuda que una nación tiene con los colectivos nacidos en condiciones de vulnerabilidad afectan su salud.

Por otro lado, en términos de prevención y de cuidado de la salud, los enfoques basados en el mercado suelen pasar por alto medidas preventivas y de salud pública, fundamentales para abordar problemas de salud a nivel poblacional (16).

Finalmente, y por no extendernos en demasía, un modelo basado en el mercado tiene dificultades en dar respuestas oportunas y pertinentes en casos de emergencias con víctimas múltiples, urgencias, enfermedades imprevistas o catastróficas o enfermedades de la pobreza (17,18). Y desmantela los mecanismos solidarios necesarios para abordar casos de epidemias y pandemias, lo cual se evidenció en el mundo entero en la última pandemia (19-21).

En resumen, la salud no debería considerarse un bien de mercado, ya que, además de socavar los principios fundamentales de equidad, derechos humanos y afectar el bienestar social, puede impactar negativamente en el desarrollo de un país. La comprensión de las diferencias entre bienes de mercado y bienes públicos resalta la importancia de abordar la salud desde una perspectiva que reconozca su naturaleza única y su impacto en la sociedad en su conjunto. Lo cual no excluye que haya un sector de la población que elija pagar por servicios de salud, pero sólo de acuerdo con su servicio de hotelería diferencial, caso en el cual lo que es un bien de mercado es sólo esa dimensión.

Cuando se discute un modelo de país, sobre todo en momentos de crisis, es imprescindible mejorar la calidad de las conversaciones y partir de la comprensión profunda de lo que está en juego.

Alejandra Sánchez Cabezas
Presidenta del Consejo de Salud Comunitaria de la SAM
alejandra.sanchezcabezas@gmail.com

Bibliografía consultada

1. Horwitz A. Relaciones entre salud y desarrollo económico. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1959;XLVII

2. Stiglitz J. *La gran brecha: Qué hacer con las sociedades desiguales.* Altea Taurus, 2015 ISBN 9788430617739

3. Menéndez E. El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico* 1985;24:593-604

4. Berlinguer G. *La enfermedad.* Buenos Aires: Lugar Editorial, 1994, caps. 3 y 5

5. Evans R, et al. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones.* Díaz de Santos, 1996

6. Declaración de Yakarta, Cuarta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud-1997. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000100014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 14138123

7. Sofía Aros A, Fernando Cassorla G. Posibles determinantes perinatales de morbilidad en la edad adulta. *Revista médica de Chile* 2001;129:307-315. Disponible en: https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000300012

8. OMS. Wilkinson R, Marmot M. Determinantes sociales de la salud: Los hechos irrefutables. [Internet] 2002. [Último acceso: 4 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf

9. Verdugo M, Martín M. Autodeterminación y calidad de vida en salud mental, dos conceptos emergentes. *Salud Mental* 2002;25:68-77

10. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]* 2003;8:185207 [último acceso: 24 de febrero de 2004]

11. Aguirre P. Seguridad alimentaria. *Una visión desde la antropología alimentaria; desarrollo integral en la infancia: el futuro comprometido;* CLACYD, 2004

12. Sánchez Cabezas A. Promoción comunitaria de la salud: un diálogo entre la teoría y la experiencia. Buenos Aires: Asociación Civil Saberes – Grupo Surco, 2008

13. Palomino Moralda PA, Grande Gascón ML, Linares Abad. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en el siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología* 2014;72:71-91

14. Infante A, de la Mata I, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Reforma de los sistemas de salud en Dávila E, Guijarro M. Evolución y reforma del sistema de salud en México: CEPAL, 2000

15. Báscolo E; Unidad de Estudios del Desarrollo. Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina. UN, CEPAL, 2008

16. Bejarano-Daza JE, Hernández-Losada DF. Fallas del mercado de salud colombiano. *Revista de la Facultad de Medicina* 2017;65:107-113

17. Franco-Giraldo A. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2014;32:95-107

18. Banco Mundial. Disponible en: https://datos.bancomundial.org/indicator/SH.TBS.INCD?view=map&year=2020

19. Cendali F, Lohigorry J, Marzoa C y col. La pandemia que puso en agenda de los gobiernos a la salud pública. *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales* 2020;7:12-7

20. University of Oxford. Disponible en: https://ourworldindata.org/coronavirus-data [último acceso: diciembre de 2023]

21. Canales Cerón A. La desigualdad social frente al COVID-19 en el Área Metropolitana de Santiago (Chile). CEPAL. Notas de población N 111. 2021